

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para obtenção do grau
de Mestre em Medicina

TÍTULO:

Sexualidade e Gravidez na Mulher com Lesão Medular

ESTUDANTE:

Nome completo: Joana Sofia Barbosa dos Santos

Nº de aluno: 201005980

Contacto Telefónico: +351912809644

Correio Eletrónico: joanasofiasantos@gmail.com

ORIENTADOR:

Nome completo: Maria João Novais de Sousa Andrade

Grau académico: Doutorada em Ciências Médicas pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar

Título profissional: Professora Associada Convidada

Junho de 2016

Resumo

INTRODUÇÃO: Apesar de a sexualidade ser um pilar importante na vida das mulheres com lesão medular, esta é das temáticas mais negligenciadas pelos profissionais de saúde. Embora seja possível que estas mulheres possam ter uma vida sexual próxima do normal, existem mais problemas do foro sexual nesta população, que devem ser abordados no sentido de lhes proporcionar uma vida sexual e reprodutora satisfatória.

OBJETIVOS: Realizar uma revisão bibliográfica sobre os problemas inerentes à sexualidade e gravidez na mulher com lesão medular.

METODOLOGIA: Através de pesquisa na base de dados PubMed, foram analisados os artigos científicos publicados, na última década, nesta área.

DESENVOLVIMENTO: A mulher com lesão medular adquirida é confrontada com diversas mudanças na sua vida sexual. Saber qual o grau de satisfação sexual destas mulheres, quais as suas dificuldades durante o ato sexual, como interfere a lesão com a sua capacidade orgásmica e quais as consequências das complicações como úlceras de pressão, espasticidade, limitações articulares, incontinência de esfíncteres, etc. na forma como vivem a sua sexualidade, são questões que merecem ser exploradas. Da mesma forma, é importante saber como é que a lesão medular interfere com a gravidez e o parto, quais as alterações produzidas pela gestação no corpo da doente e de que forma complicações já difíceis de controlar fora da gestação, interferem no decurso desta.

CONCLUSÃO: As dificuldades por que passam as mulheres com lesão medular, na gravidez e na sua vida sexual, podem e devem ser minimizadas com a ajuda dos profissionais de saúde. Para isso, é preciso que estes profissionais tenham formação e experiência nesta área tão específica, o que faz com que vejam as suas doentes numa perspetiva biopsicossocial. A gravidez nestas mulheres deve ser encarada como um processo natural e positivo, embora necessite de acompanhamento personalizado.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade Sexual, Ato sexual, Função Sexual, Gravidez, Lesão Medular, Mulher, Reabilitação, Sexualidade

Abstract

INTRODUCTION: Although sexuality plays an important role in women's with spinal cord injury lives, it is one of the most neglected issues by health professionals. It is possible for these women to have a sexual life close to normal, but they have more sexual dysfunctions than women without spinal cord injury which should be addressed in order to provide a satisfactory sexual and reproductive life.

OBJECTIVES: To develop a review of the problems related to sexuality and pregnancy in women with spinal cord injury.

METHODS: A search of scientific articles from last decade published in this area was made in PubMed database, followed by its selection and detailed analysis.

DEVELOPMENT: Women with spinal cord injury have to deal with several changes in their sexual life. It is worthy to know about their sexual satisfaction, their difficulties during the sexual act, how the injury interferes with their orgasmic ability and which are the consequences of pressure ulcers, spasticity, joint limitations, sphincter incontinence, etc. in the way they live their sexuality. Moreover, it is important to know how the spinal cord injury affects pregnancy and labor, which changes are made by gestation in the patient's body and how all the problems, already difficult to treat without any pregnancy, interfere with this process.

CONCLUSION: The challenges that arise to women with spinal cord injury, in their sexual lives and pregnancy, should and could be belittled with health care professional's help. For that, it is important to educate those professionals in this specific field so they can look to their patients in a biopsychosocial way. Furthermore, the pregnancy of a woman with spinal cord injury should be seen as a natural and positive process, although these women should receive personal follow up.

KEYWORDS: Woman, Pregnancy, Rehabilitation, Sexuality, Sexual Act, Sexual Activity, Sexual Function, Spinal Cord Injury

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof. Doutora Maria João Andrade, pela disponibilidade e atenção dispendidas.

À minha família pelo exemplo e amor que sempre me deram.

Ao Rodrigo Baptista, apoio incondicional ao longo deste caminho.

Aos meus amigos de Biomédicas e também à Diana Abrunhosa e Antónia Silva pela amizade, partilha e compreensão.

À Joana Dias, madrinha de curso, pelo carinho e conselhos dados durante todo o percurso.

A todos os professores, de todos os ciclos de ensino, pelo seu contributo para a minha formação académica e pessoal.

ÍNDICE

1	Introdução.....	1
2	Sexualidade Feminina e Gravidez.....	2
2.1	Resposta sexual feminina.....	2
2.2	Gravidez e parto.....	5
3	Lesão Medular.....	7
4	Sexualidade na Mulher com Lesão Medular.....	10
4.1	Principais aspetos da sexualidade da mulher com lesão medular.....	11
4.1.1	Identidade sexual.....	11
4.1.2	Satisfação sexual.....	11
4.1.3	Excitação.....	12
4.1.4	Orgasmo.....	13
4.1.5	Comorbilidades.....	14
4.1.6	Informação e educação.....	17
5	Gravidez na Mulher com Lesão Medular.....	19
5.1	Complicações.....	20
5.2	Instituições especializadas.....	22
5.3	Parto.....	23
6	Conclusão.....	25
7	Referências.....	26

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é parte integrante da saúde e deve ser encarada como tal . Sendo um aspeto fundamental da vida de qualquer mulher, deve ser um dos pilares da reabilitação das mulheres com lesão medular, mesmo na sua vertente reprodutiva.^[1,2,3,4,5]

Ao longo do tempo, a sexualidade no homem com lesão medular tem merecido mais atenção por parte da comunidade médica, talvez porque os homens são a maioria dos doentes com lesão medular traumática e têm disfunções sexuais mais perceptíveis, como alterações da ereção, ejaculação e consequente incapacidade reprodutiva. No entanto, cada vez mais surge a necessidade de perceber e resolver as questões inerentes à sexualidade feminina e à gravidez em mulheres com lesão medular.^[2,3,4,6,7]

Em Portugal, este aspeto tem sido cada vez mais discutido, como demonstra o movimento “Sim, Nós Fodemos”, criado por doentes, familiares e profissionais de saúde, com o objetivo de informar e dar voz aos seus desafios no âmbito da sexualidade.^[8]

Por isso, este trabalho pretende perceber quais as alterações que prejudicam a vida sexual das mulheres com lesão medular e como é possível contorná-las. Da mesma forma, existem aspetos da gravidez neste grupo de doentes que merecem especial atenção e que serão igualmente abordados.

2 SEXUALIDADE FEMININA E GRAVIDEZ

A sexualidade feminina depende de um conjunto de fatores biopsicossociais que incluem fatores económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais. Desta forma, esta é expressa e vivida de diferentes maneiras, através de pensamentos, fantasias, comportamentos e relações.^[5]

A sexualidade não fica restringida ao ato sexual, sendo multifacetada e envolvendo também a identidade de género, a orientação sexual, a autoestima, o erotismo, o prazer, a intimidade e todos os sentimentos partilhados na relação, para além de englobar também a reprodução. Não se trata apenas de uma gratificação física mas também de um sentimento de feminilidade que é expresso pela mulher na sua vida, nas suas relações e nas suas emoções.^[1,5,6]

2.1 RESPOSTA SEXUAL FEMININA

Para além de todo o contexto psicossocial que envolve a sexualidade, o ato sexual propriamente dito depende de fatores psíquicos, endócrinos e físicos que fazem da resposta sexual feminina um mecanismo fisiológico complexo. Este mecanismo foi esquematizado de diferentes formas ao longo do tempo.^[9]

Em 1966 foi proposto por Masters & Johnson um modelo linear de quatro fases sendo estas excitação, *plateau*, orgasmo e resolução. Mais tarde, Kaplan & Horwith introduziram a fase de desejo, criando assim um modelo constituído por desejo, excitação e orgasmo.^[10]

Mais recentemente, surgiu o esquema circular de Basson, representado na Figura 1, que pretende demonstrar a importância do componente afetivo/emocional da resposta sexual feminina, integrando intimidade emocional, estímulo sexual, desejo/excitação e satisfação física e emocional.^[11]

Em relação à inervação da resposta sexual, esta está dependente de inervação simpática, parassimpática e somática, sendo mediada por reflexos da medula espinhal sob controlo do tronco cerebral.^[12,13]

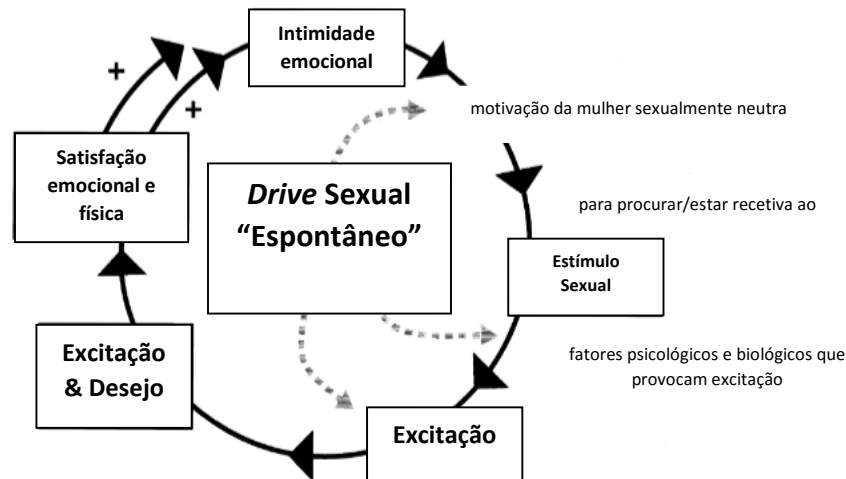


Figura 1: Ciclo da resposta sexual de Basson (adaptado).^[11]

A inervação somática provém de neurónios motores α do corno anterior dos segmentos sacrados e lombares da medula espinhal. O nervo pudendo provém da segunda, terceira e quarta raízes sacradas e origina a maioria das fibras motoras e sensitivas da região vulvar, sendo o maior responsável pela inervação sensitiva e motora do períneo.^[12,13,14]

O sistema nervoso autónomo inerva os genitais internos e é particularmente importante para a vasodilatação do clítoris, lubrificação vaginal e orgasmo.^[12]

A porção simpática do sistema nervoso origina-se na medula espinhal torácica e lombar (D11-L2) e os gânglios simpáticos situam-se adjacentes ao sistema nervoso central. A porção parassimpática tem origem em três segmentos medulares sacrados (S2-S4), com gânglios localizados perto da vísceras.^[12,13]

O desejo e a excitação podem resultar de pensamentos de índole sexual assim como estimulação local da vulva, vagina e outras regiões erógenas (perineais ou não). Estes sinais sensoriais são transmitidos aos segmentos sacrados da medula espinhal pelo plexo sacrado (de inervação parassimpática) e o nervo pudendo. Para além desta via, existem evidências de que o nervo vago constitui um “atalho” representado na Figura 2 que é capaz de conduzir a informação sensorial decorrente da estimulação sexual local diretamente para o córtex o que pode, inclusive, possibilitar o orgasmo.^[12,13,15,16,17,18,19]

A informação que atinge o córtex sensorial leva a um aumento da atividade do sistema nervoso parassimpático que provoca algumas reações dos órgãos sexuais femininos caracterizadas por eventos vasocongestivos e neuromusculares. Estas reações consistem na tumefação da mucosa vaginal, espessamento das paredes vaginais e lubrificação vaginal.^[12,13,15,16,18]

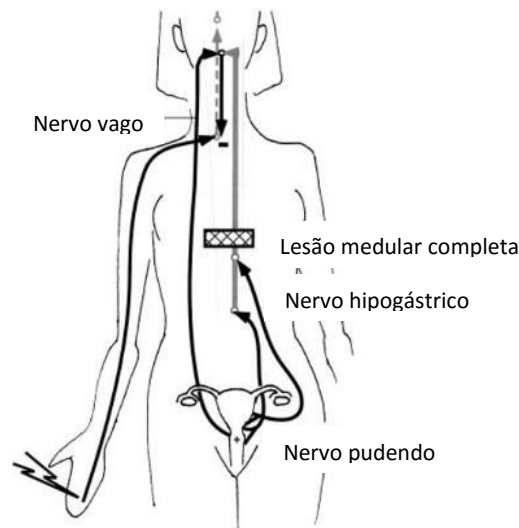


Figura 2: Representação adaptada do nervo vago, responsável pela resposta sexual em mulheres com lesão medular completa acima de D10.^[19]

Para além disso, a libertação de acetilcolina, óxido nítrico e polipéptido intestinal vasoativo provoca vasodilatação das artérias do tecido erétil, sendo que o aumento do fluxo sanguíneo das artérias cavernosas e relaxamento do músculo liso cavernoso permitem a ereção do clítoris. A inervação parassimpática também é responsável pela secreção de muco pelas glândulas de Bartholin, presentes nos pequenos lábios, auxiliando assim a lubrificação com origem no epitélio vaginal. Nesta fase, associa-se também o aumento da frequência cardíaca, da tensão arterial e tensão muscular pela subida dos níveis plasmáticos de noradrenalina. No entanto, pensa-se que a ativação simpática reduz/inibe as reações induzidas pela estimulação.^[12,13,15,16,18,20]

Conforme o estímulo inicial vai potenciando a excitação ocorrem outras alterações como o aumento da tumefação dos lábios e da tensão muscular do pavimento pélvico. O terço externo da vagina fica mais congestionado e estreito, enquanto os outros dois terços dilatam. Quando a estimulação atinge o nível máximo de intensidade, é despoletado o reflexo do orgasmo, resultante de uma ativação de fibras simpáticas. O orgasmo parece estar associado a locais particulares do córtex cerebral, não se tratando por isso apenas de um reflexo espinal. Este fenómeno consiste numa fase rápida de contrações rítmicas dos músculos elevadores do ânus, vagina e útero, associadas a uma marcada tensão muscular.^[13,15,17,18,21]

O orgasmo é também responsável por uma produção abundante de secreções e fluídos vaginais e pela libertação de hormonas como a ocitocina e a prolactina. Estas hormonas parecem diminuir a excitação pós-orgasmo por um mecanismo de *feedback*

negativo. Apesar de a estimulação clitoriana ser o caminho mais fácil e rápido para o orgasmo, este pode surgir com outro tipo de estimulação genital, não-genital ou mesmo apenas através de pensamentos de índole sexual. De facto, apesar de a maioria dos orgasmos surgirem durante uma relação sexual, este processo pode ocorrer sem estimulação sexual e não traduz a satisfação decorrente do ato sexual. Os orgasmos são extremamente variáveis entre mulheres e entre diferentes períodos da vida das mesmas, dependendo de diversos fatores psicológicos como a concentração no ato sexual, a relação com o parceiro e as fantasias associadas: foram até identificados diferentes tipos de orgasmo passíveis de surgir numa mesma mulher.^[13,15,18,22,23]

A última fase, apelidada de resolução, é mediada por fibras simpáticas e consiste no relaxamento progressivo da tensão muscular com detumescência dos lábios, vagina e clítoris.^[13]

2.2 GRAVIDEZ E PARTO

De forma indissociável do ato sexual surge a gravidez, embora esta não seja o único objetivo das relações sexuais. Na mulher fértil, a gravidez é considerada um processo natural, ainda que associado a alterações marcantes no corpo da gestante, com diversas implicações na sua saúde. O parto é também um momento que envolve todo o corpo, sobretudo a musculatura pélvica e o sistema nervoso e endócrino, num esforço conjunto de expulsão do feto.^[5,18]

O parto inicia-se com contrações fortes e rítmicas cuja origem não é totalmente conhecida. O aumento de estrogénios, o efeito da ocitocina e das hormonas fetais provoca uma maior excitação do tecido uterino e consequente intensidade das contrações. Para além dos fatores hormonais, o crescimento da cabeça do feto parece contribuir para o desenvolvimento das contrações fortes que marcam o início do parto. Ao estirar o cérvix, desencadeia-se um *feedback* positivo que provoca um reflexo de contração do corpo uterino. Esta contração empurra o feto em direção à vagina o que, mais uma vez, provoca novo estiramento e consequente *feedback*, iniciando assim um ciclo vicioso de contrações cada vez mais fortes e mais próximas no tempo. O estiramento do colo do útero contribui também para mais produção de ocitocina, o que potencia a contratilidade.^[18]

Com as contrações surge a dor, responsável por estimular reflexos neurogénicos na medula espinal através dos nervos hipogástricos que levarão à contração da musculatura abdominal: esta contração aumenta a força e facilita a expulsão do bebé.

Assim, o primeiro estadio do trabalho de parto é um período progressivo de dilatação cervical, uma vez que o cérvix é o primeiro grande obstáculo à passagem do feto.^[18]

No segundo estadio, assim que o cólo do útero tenha dilatado completamente, o feto move-se através do canal vaginal até à expulsão. A dor sentida pela parturiente é mais forte, e resulta não só do estiramento cervical mas também do estiramento perineal e vaginal. Esta dor é conduzida por nervos somáticos e não viscerais.^[18]

Depois da expulsão, o útero contrai possibilitando a separação da placenta. Esta separação pode levar a hemorragia que por sua vez é controlada na maioria dos casos pela mesma contração uterina e pela libertação local de prostaglandinas.^[18]

3 LESÃO MEDULAR

A medula espinal conduz informação motora, sensitiva e autonómica. Cada raiz nervosa recebe informação sensorial dos dermatómos correspondentes e envia informação para os seus miótomos. A maioria das raízes nervosas inerva mais do que um músculo, da mesma forma que a maioria dos músculos é innervado por mais do que uma raiz.^[18]

A lesão medular traumática acomete, sobretudo, jovens adultos e surge, mais comumente, por acidentes de viação, quedas e mergulhos. Em certas populações, como as de origem norte-americana, a agressão por armas de fogo faz também parte das principais causas de lesão medular. A lesão medular não traumática é, na maioria dos casos, secundária a doenças degenerativas do sistema nervoso central como a esclerose múltipla, neoplasias, doenças vasculares, doenças inflamatórias e estenose do canal raquidiano. Os dados epidemiológicos sobre lesão medular têm vindo a alterar-se: embora o sexo masculino represente a maioria dos doentes, o número de mulheres com lesão medular tem aumentado desde a década de setenta.^[4,24]

Para a melhor avaliação do doente, a American Spinal Injury Association (ASIA) recomenda a identificação do nível motor e sensitivo.^[25]

O nível sensitivo implica a avaliação da sensibilidade em 28 dermatómos, pelos pontos-chave representados na Figura 3, através de toque leve e picada de agulha. Esta avaliação inclui o dermatómo S4/S5 e teste de sensação anal. O nível sensitivo corresponde ao dermatómo mais caudal que apresenta sensibilidade preservada ao toque leve e à picada de agulha.^[25]

Quanto à identificação do nível motor, esta consiste na avaliação de certos músculos-chave: bíceps, extensor do punho, tríceps, flexores longos dos dedos, abdutor do dedo mínimo, flexores da coxa, quadríceps, dorsiflexores do tornozelo, extensores longos dos dedos e flexores plantares do tornozelo. O nível motor corresponde ao músculo-chave mais caudal com força muscular de grau 3 (movimento ativo de amplitude completa contra gravidade), desde que os músculos acima estejam íntegros, ou seja, devem ter força muscular de grau 5.^[25]

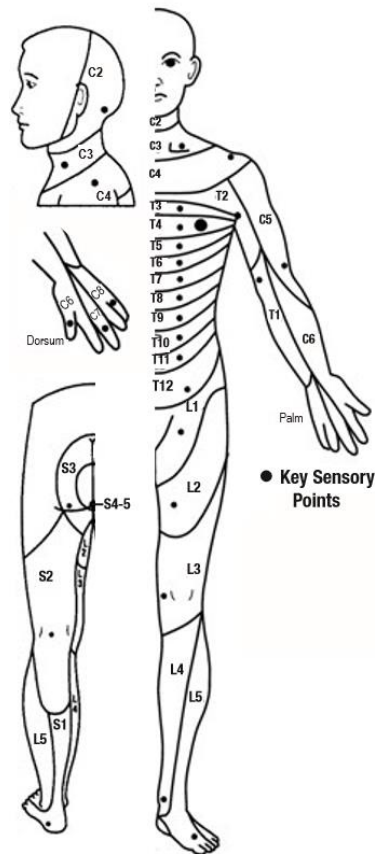


Figura 3: Pontos-chave da avaliação sensitiva dos dermatômeros. Retirado do documento International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury (ASIA,2015)^[25]

Sabendo o nível motor e sensitivo obtém-se o nível neurológico: segmento mais caudal com sensibilidade preservada e força muscular de grau 3 ou superior, desde que as funções motora e sensitiva estejam intactas nos segmentos acima do mesmo.^[25]

É também importante definir se a lesão é completa ou incompleta. As lesões são referidas como completas ou incompletas de acordo com a presença ou ausência de função sensitiva ou motora nos segmentos S4-S5. Diz-se que uma lesão é completa se não existir função motora (contração voluntária do esfíncter anal) nem sensitiva (sensibilidade tátil ou dolorosa ou sensação anal no exame retal) nos segmentos sacrados S4-S5.^[25]

Por fim, recomenda-se a classificação dos doentes consoante a categoria ASIA abaixo descrita:

A = Lesão completa: não existe função sensitiva nem motora nos segmentos S4-S5.

B = Lesão incompleta sensitiva: existe função sensitiva mas não função motora abaixo do nível neurológico (incluindo os segmentos sacrados S4-S5), sem função motora preservada mais de três níveis abaixo do nível motor.

C = Lesão incompleta motora: a função motora está preservada nos segmentos sacrados mais caudais com contração voluntária do esfíncter anal ou existem critérios de lesão incompleta (sensibilidade preservada nos segmentos S4-S5) com alguma função motora mais de três níveis abaixo do nível motor; menos de metade dos grupos musculares abaixo do nível neurológico têm força muscular igual ou superior a 3.

D = Lesão incompleta motora: semelhante ao score C, mas mais de metade dos grupos musculares abaixo do nível neurológico têm força muscular igual ou superior a 3.

E = Função sensitiva e motora normal em todos os segmentos em doentes com défices anteriores. Se não existir qualquer lesão medular inicial não deve ser atribuído qualquer score ao doente.^[25]

4 SEXUALIDADE NA MULHER COM LESÃO MEDULAR

A vivência da sexualidade é tão importante para homens como para mulheres com lesão medular.^[4]

A forma como a vida sexual é experienciada por estas doentes tem sido pouco estudada, talvez porque a capacidade reprodutiva das mulheres raramente é afetada pela lesão medular. Pouco se sabe sobre a satisfação sexual destas mulheres, sobre os problemas que enfrentam nas relações sexuais e sobre a informação que lhes é fornecida sobre este assunto.^[4]

No entanto, desde a última década que a reabilitação sexual pós lesão medular tem merecido mais atenção, sabendo-se que a satisfação sexual continua a ser um objetivo importante da vida das doentes e pode influenciar o *outcome* das mesmas.^[2]

Há que ter em conta que as mulheres jovens com lesão medular adquirida encontram-se em plena fase reprodutiva da sua vida e desejam continuar sexualmente ativas após a lesão. Como para a maioria das mulheres a importância da atividade sexual está na intimidade e não na necessidade de se reproduzirem, a sexualidade surge como uma parte fundamental das suas vidas e sentem que a lesão que sofreram tem um grande impacto na mesma.^[3,4,6,26]

Embora seja possível que mulheres com lesão medular possam ter uma vida sexual próxima do normal, existem mais problemas do foro sexual nesta população. O impacto que a lesão tem na sexualidade feminina depende do grau e do nível da mesma, mas todas as doentes são confrontadas com diversas mudanças, tanto de natureza física (como espasticidade, alteração na lubrificação vaginal, anorgasmia ou implicações da bexiga neurogénica no ato sexual), como de natureza psicológica (como alterações na autoestima ou dificuldade em encontrar um parceiro). Geralmente, essas mudanças são vistas como negativas, mas podem ser minimizadas.^[2,3,6]

Para que isso aconteça, é necessário que os profissionais de saúde saibam prestar informação e compreender que a vida sexual pós lesão medular é marcada por uma diversidade de experiências, dependendo da idade da mulher e da idade com que ocorreu a lesão, do seu grau de incapacidade, do ambiente sociocultural em que vive e das mudanças corporais que sofreu.^[4,6]

4.1 PRINCIPAIS ASPETOS DA SEXUALIDADE DA MULHER COM LESÃO MEDULAR

4.1.1 Identidade sexual

A lesão medular tem um grande impacto na autoestima e pode dificultar o relacionamento com potenciais parceiros e o início de novas relações. Muitas das mulheres com lesão medular são vistas pela sociedade como seres humanos assexuados, o que faz com que seja difícil que estas se reconheçam como pessoas com direito a viver uma vida sexual plena.^[4]

O conceito de sexualidade e intimidade são muito variáveis e dependem da idade, das experiências e das particularidades de cada mulher. Este conceito parece alterar-se depois da lesão medular, sobretudo nas mulheres menos jovens: estas doentes passam a encarar a sexualidade de forma mais abrangente, relacionando-a mais com uma sensação de bem-estar e de intimidade do que apenas com a relação sexual e a estimulação genital. Mesmo assim, metade das doentes refere que o que a sexualidade significa para si não mudou após a lesão.^[1,3,4]

4.1.2 Satisfação sexual

A satisfação sexual é subjetiva e dinâmica, evoluindo com o tempo após a lesão medular. Apesar dos desafios que enfrentam, muitas mulheres com lesão medular continuam sexualmente ativas. Quase todas desejam ter atividade sexual mais frequente e a percentagem de mulheres que diz ter uma vida sexual satisfatória é muito variável. A insatisfação sexual parece ser mais comum nestas mulheres, do que a insatisfação relacionada com o controlo da incontinência, espasticidade, entre outras comorbilidades que surgem frequentemente nestas doentes.^[1,2,3,4,6,7,27,28,29]

Há certas características que estão relacionadas com maior satisfação sexual, como a idade da mulher – mulheres mais jovens –, idade da ocorrência da lesão – mulheres que sofreram a lesão mais precocemente – e tipo de relação com o parceiro – relações abertas e honestas.^[2,3,29,30]

No entanto, nem todos os autores detetaram estas diferenças, havendo inclusive literatura que afirma que a mulheres com lesão mais precoce têm maior probabilidade de não serem sexualmente ativas, ao contrário da maioria das conclusões de outros estudos.^[7,27]

De igual forma, há controvérsia em relação à influência do estado civil na satisfação sexual. Enquanto alguns autores concluíram que esta não é significativa, outros

referem que as doentes casadas têm maior probabilidade de estarem satisfeitas com a sua vida sexual. De facto, parece que a abertura e o diálogo existentes na relação são mais importantes do que o estado civil. Ter um companheiro compreensivo e capaz de lidar com as limitações da mulher é extremamente importante, uma vez que uma das maiores preocupações destas doentes é a satisfação sexual do seu parceiro.^[2,3,4,30]

Fatores subjetivos como o desejo e a autoestima parecem ser tão ou mais importantes para a satisfação sexual do que fatores fisiológicos como a capacidade de lubrificação ou a capacidade orgásmica. A insatisfação sexual das mulheres com lesão medular resulta comumente da perda de sensibilidade e mobilidade, alterações da capacidade orgásmica e baixa autoestima. Problemas relacionados com incontinência fecal ou urinária, úlceras de pressão ou espasticidade também tendem a causar insatisfação de forma estatisticamente significativa, segundo alguns autores.^[1,2,4,29,30]

Pelo contrário, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a satisfação de mulheres tetraplégicas e paraplégicas. Da mesma forma, o nível da lesão medular não parece condicionar uma vida sexual satisfatória, embora o score ASIA, que reflete o tipo de lesão, seja uma variante significativa (é mais provável que uma mulher com ASIA A ou B veja a sua satisfação sexual pós lesão medular diminuída do que uma com score C ou D).^[1,7,29,30]

4.1.3 Excitação

A maioria das mulheres com lesão medular apresenta dificuldades na excitação psicológica quer por depressão, alteração da perceção corporal ou por comorbilidades como a dor. As emoções desempenham um papel muito significativo na excitação, sendo que a mulher tem muito maior facilidade do que o homem em transpor sensações psicológicas de excitação em sensações físicas.^[26]

Por outro lado, a integridade dos segmentos sagrados parece ser essencial para a manutenção do reflexo de excitação genital decorrente de uma estimulação direta. A maioria das mulheres com lesão medular não refere problemas relativamente à lubrificação vaginal desde que haja preservação dos segmentos sagrados.^[2]

No entanto, alguns estudos indicam existir uma diferença na resposta genital quando existem lesões que envolvem os dermatómos D11-L2. Nestas mulheres, verifica-se vasocongestão genital diminuída, independentemente da preservação ou não dos dermatómos sagrados (S2-S5) e torácicos (D6-D9). De facto, existe evidência de que o

aumento do tónus simpático (quer por via farmacológica quer devido a fenómenos como a ansiedade) leva a melhor lubrificação vaginal.^[2,29,31]

Fatores que potenciam o tónus simpático – como o exercício, a ansiedade e a toma de efedrina – parecem contribuir para um aumento da resposta genital. Assim, o sildenafil pode melhorar os parâmetros fisiológicos e subjetivos da fase de excitação. Este fármaco é bem tolerado nas doentes com lesão medular, não desencadeando situações de disreflexia autonómica.^[32,33]

Uma explicação possível para estes factos é que o músculo liso da vagina e as artérias respetivas são, em parte, controladas por recetores adrenérgicos. Um aumento da atividade simpática decorrente da estimulação sexual pode levar a relaxamento deste músculo liso. Esta ativação do sistema nervoso simpático pode até facilitar o ingurgitamento do clítoris por aumento do gradiente de pressão graças a uma pressão arterial sistémica mais elevada e efeitos crono e inotrópicos positivos.^[20]

Mulheres com dificuldades de excitação por estimulação física devem recorrer a fantasias, recordar experiências sexuais anteriores, prolongar os preliminares e explorar outras zonas erógenas como a boca, pescoço, orelhas e mamilos. É sabido que as mulheres com lesão medular completa desenvolvem frequentemente novas zonas erógenas acima da lesão por fenómenos de neuroplasticidade e estão mais dispostas a experimentar novas formas de relação sexual.^[3,26,34]

Nas mulheres com problemas de lubrificação, o uso de lubrificantes antes e durante o ato sexual é recomendado pois pode melhorar a sua satisfação sexual e prevenir lesões mucocutâneas. O uso de lubrificantes sem cor nem sabor é preferível uma vez que lubrificantes que contêm açúcar potenciam o crescimento fúngico.^[35,36]

4.1.4 Orgasmo

Os problemas relacionados com a capacidade orgásmica são um dos motivos mais comuns para a insatisfação sexual.^[1]

Num estudo realizado em Portugal intitulado “Da actividade sexual à sexualidade após uma lesão medular adquirida”, apenas 5,7% das participantes referiram atingir o orgasmo frequentemente.^[34] Estes resultados contrastam com os obtidos em estudos internacionais, que variam entre valores de 50% a 62%.^[2]

Mesmo com capacidade orgásmica preservada, as mulheres com lesão medular demoram mais tempo a atingir o orgasmo e consideram-no menos frequente do que antes da lesão.^[27]

A preservação dos segmentos sagrados possibilita a presença de sensibilidade genital e da ereção clitoriana. Em mulheres com lesões ao nível de S2-S5, existe uma redução significativamente estatística do número de orgasmos relatados o que também parece atribuir ao sistema parassimpático um envolvimento no processo orgásmico através de um centro pontino semelhante ao que controla os órgãos pélvicos durante a micção. No entanto, seria de esperar diferenças na capacidade orgásmica de mulheres com atingimento dos segmentos D11-L2, o que não se verifica.^[37,38]

Embora algumas mulheres refiram sensações negativas associadas ao orgasmo como dor, desconforto, espasticidade, disautonomia e cefaleias, a maioria descreve-o como uma experiência agradável, sendo difícil encontrar diferenças entre a descrição subjetiva de mulheres com e sem lesão medular. Fisiologicamente também não foram encontradas diferenças, existindo um ligeiro aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial em ambos os grupos de mulheres.^[3,38]

Estes resultados sugerem que o orgasmo possa ocorrer independentemente do córtex cerebral, apenas devido ao sistema nervoso autónomo. Apesar disso, sabe-se que existe uma componente cognitiva e emocional associada ao orgasmo e que até é possível atingi-lo sem qualquer tipo de sensibilidade genital.^[38,39]

Na maioria dos casos, os meios de estimulação sexual que precipitam o orgasmo são semelhantes em mulheres com e sem lesão medular. No entanto, nas doentes com dificuldade orgásmica parece ser útil o recurso a memórias da sua vida sexual pré-lesão e a fantasias, assim como a compreensão e dedicação do seu companheiro. Pode também ser útil o recurso a instrumentos de sucção clitoriana.^[3,35,38]

4.1.5 Comorbilidades

Comorbilidades associadas à lesão medular como dor, fraqueza muscular, espasticidade, limitações articulares, fadiga, úlceras de pressão, alterações sensitivas (hipostesia, hiperstesia ou alodinia) e incontinência fecal e urinária podem condicionar uma vida sexual satisfatória. Estes fatores podem fazer com que as mulheres rejeitem o ato sexual apesar do desejo que sentem, o que interfere significativamente com a sua sexualidade.^[2,4,6,24,26,30]

Apesar de a incontinência ser um dos principais medos destas mulheres, apenas uma minoria referiu reações negativas por parte do parceiro perante um episódio de incontinência durante as relações. Compreende-se que a incontinência urinária e fecal seja comum, dada a posição anatómica da vagina. Durante a relação sexual é inevitável a

estimulação vesical e intestinal pelo que a perda do controlo esfíncteriano eleva em muito o risco de incontinência.^[3,26]

As mulheres ostomizadas ou algaliadas continuamente são aconselhadas a esvaziar os sacos antes das relações sexuais. Quanto às mulheres em algaliação intermitente, recomenda-se que esvaziem a bexiga antes das relações sexuais, embora isso retire alguma espontaneidade ao ato sexual. O uso de um catéter durante o ato sexual também pode ser uma opção, no entanto, muitas mulheres consideram que este diminui o desejo e a satisfação da relação sexual. Nas doentes que optam por esta solução, é comum colocarem-no colado à coxa ou a outra parte do corpo menos incómoda, mas algumas optam pelo uso de um catéter suprapúbico pela menor interferência com o ato sexual. No caso da incontinência fecal, recomenda-se o uso de tampões próprios para o efeito que não são perceptíveis. Assim, é essencial a melhoria da continência esfíncteriana e controlo da bexiga e intestino neurogénicos para que estas comorbilidades interfiram o menos possível na sexualidade destas mulheres.^[3,26,35]

A existência de úlceras de pressão não deve impedir a doente de ter atividade sexual mas o parceiro deve ser informado de que deve evitar peso excessivo nas zonas afetadas e todos os pensos que fiquem danificados durante o ato devem ser mudados no final.^[35]

A insensibilidade pode levar a que a mulher não se aperceba de lesões decorrentes da pressão e fricção durante o ato sexual pelo que esta deve ser educada a pesquisá-las na região perineal e nadegueira.^[35]

A espasticidade pode também interferir no ato sexual e é frequentemente exacerbada durante a estimulação genital, pelo que o seu tratamento promove a satisfação sexual.^[35]

Os músculos do soalho pélvico são muito importantes para uma atividade sexual satisfatória e mesmo para a qualidade do orgasmo, pelo que músculos pélvicos hipo ou hipertónicos condicionam estes fatores.^[40,41]

Da mesma forma, a lesão medular ou as suas complicações impossibilitam diversas posições sexuais pelo que o casal necessita de se adaptar à condição da mulher. Na presença de contraturas ou limitações de amplitude, os membros inferiores devem ser suportados por almofadas e deve adotar-se uma posição confortável durante a relação sexual para que se evitem luxações, fraturas e lesões ligamentosas.^[26,35,42]

A disreflexia autonómica (DA) pode também interferir com uma vida sexual satisfatória, sendo mais frequente nas mulheres com lesão medular do que nos homens,

nas lesões acima de D5-D6, completas ou incompletas (havendo, no entanto, relatos de casos até D10). Esta disfunção resulta da hiperreatividade do sistema nervoso simpático por ausência de controlo hipotalâmico sobre um reflexo medular despoletado por qualquer estímulo nódico (ou não nódico) abaixo do nível da lesão. Os estímulos mais frequentes são retenção urinária, impactação fecal, lesões cutâneas (úlceras de pressão e unhas encravadas), podendo, neste grupo de doentes, ocorrer DA pelo trabalho de parto ou pelo orgasmo. A atividade simpática leva a vasoconstrição sistémica, vasodilatação cerebral e elevação da tensão arterial (20 mmHg acima do nível basal). Esta elevação estimula os baroreceptores carotídeos e do arco aórtico e os centros vasomotores do tronco cerebral que, por ativação do sistema parassimpático, provocam uma resposta inibitória bradicardizante. No entanto, esta atividade do sistema parassimpático conduzida pelo nervo vago não se transmite abaixo do nível da lesão. Assim, a DA manifesta-se por sinais e sintomas que surgem por ativação parassimpática acima do nível da lesão (cefaleias, obstrução nasal, rubor facial, midríase e sudorese) e por ativação simpática abaixo do nível da lesão (piloereção, vasoconstrição, palidez e diminuição da temperatura corporal). Devido à hipertensão arterial grave e de difícil controlo e à resposta reflexa bradicardizante podem surgir complicações graves (hemorragia cerebral, convulsões, edema pulmonar, arritmias cardíacas, síndrome coronário agudo, etc.), embora a morte seja um acontecimento raro.^[26,35,43,44,45]

Se a relação sexual despoletar uma DA, esta deve parar de imediato, a mulher deve sentar-se, despir qualquer vestuário apertado e verificar se não há outras causas que provoquem DA (e se houver, deve tentar removê-las). Geralmente, estas medidas são suficientes para controlar a DA e normalizar a tensão arterial. Se, apesar disso, a tensão arterial sistólica continua superior a 150 mmHg deve ser dada medicação anti-hipertensiva com rápida acção e curta duração de acção, como a nifedipina sublingual. Nos casos em que a DA é recorrente, pode-se efectuar profilaxia com nifedipina, prazosina ou nitroglicerina em pomada.^[26,35,43,46]

As comorbilidades citadas são tão menos incómodas quanto melhor for a relação entre a mulher e o seu parceiro sexual. Do mesmo modo, se existir um tratamento adequado de certos problemas como a incontinência ou a dor, a vida sexual destas mulheres pode ser muito mais satisfatória.^[3,6,24]

4.1.6 Informação e educação

Um dos problemas que se põe a uma mulher com lesão medular é a falta de informação sobre sexualidade.^[4,6,27,28,46]

Apesar de todas as mulheres desejarem receber informação sobre sexualidade, fertilidade e gravidez, estas esperam que sejam os profissionais da saúde a iniciar uma conversa sobre este assunto. No entanto, a maior parte dos médicos não o faz.^[6,46]

Algumas questões que a maioria das mulheres gostaria de ver esclarecidas são que posições adotar durante o ato sexual e quais as adaptações a fazer para ultrapassar certas dificuldades como a incontinência fecal ou urinária.^[4,6]

No entanto, na maioria dos casos, a informação fornecida pelos profissionais de saúde resume-se a explicar às doentes que continuam a poder engravidar e quais as opções para contraceção. Mesmo quando a temática da sexualidade é abordada, a informação é, regra geral, muito restrita e isolada.^[4,6]

Para além de fornecer mais informação a estas mulheres, há que a adaptar à faixa etária da doente, às suas experiências sexuais passadas e ao seu grau de adaptação.^[4,6,46]

As mulheres sexualmente ativas são as que procuram mais informação e aquelas que se dizem satisfeitas com a informação obtida estão mais realizadas com a sua vida sexual. Assim, o acesso a educação sexual deve estar disponível sempre que necessitarem, mesmo depois de abandonarem o internamento, uma vez que o aconselhamento sexual é parte importante do processo de reabilitação. Mais do que soluções para os seus problemas, as mulheres procuram alguém que as ouça, que lhes possa esclarecer as suas dúvidas e que as possa ajudar a tirar o máximo partido do seu corpo, ainda que com limitações.^[4,6,7,46,47]

Por isso, poderá ser útil a elaboração de folhetos ou livros informativos e páginas de internet que as mulheres possam consultar sem se sentirem constrangidas. Também seria útil a criação de grupos de paraplégicas/tetraplégicas que possam partilhar experiências entre si.^[28]

Na abordagem da reeducação sexual, sempre efetuada ao casal, aconselha-se o uso do modelo PLISSIT para combater a falta de informação fornecida aos doentes, quer por falta de formação dos profissionais quer por dificuldades na abordagem do tema. Este modelo divide-se em quatro níveis de abordagem (permissão, informação limitada, sugestões específicas e terapia intensiva), permitindo que a doente sinta que pode esclarecer as suas dúvidas sem, no entanto, invadir a sua privacidade. No primeiro nível, permissão, pretende-se abordar o tema da sexualidade e transmitir segurança. No segundo

nível, informação limitada, começa-se a transmitir informação sobre as preocupações do casal, nomeadamente relativas ao ato sexual e à maternidade. O terceiro nível, sugestões específicas, trata-se de uma continuidade do nível anterior com a procura de soluções para os problemas do casal. Por fim, o quarto nível, terapia intensiva, requer conhecimento especializado e um tratamento personalizado.^[48,49]

Para além de informar as mulheres é importante envolver o seu companheiro e estimular uma relação aberta entre a doente e o seu parceiro, de forma a que possam minimizar as dificuldades na sua vida sexual. De facto, a maioria das mulheres atribui mais importância à satisfação sexual do parceiro do que à sua. Apesar do principal motivo que leva as doentes a ter relações sexuais ser a necessidade de intimidade, o segundo motivo mais referido é o de manter o parceiro satisfeito.^[26,50]

5 GRAVIDEZ NA MULHER COM LESÃO MEDULAR

A lesão medular, de uma forma geral, não afeta diretamente a capacidade reprodutiva das mulheres. No entanto, a gravidez pode levar a problemas secundários de origem física, fisiológica ou psicossocial ou à exacerbação de problemas pré-existentes que podem interferir com a gestação, parto e pós-parto.^[6,51,52]

Sabe-se que, para muitas mulheres, ter sofrido uma lesão medular durante a fase reprodutiva das suas vidas constitui uma barreira à gravidez, influenciando a forma como a mulher pensa sobre uma possível gestação e a possibilidade de ter um relacionamento que culmine nesse projeto de vida.^[52,53,54]

Cerca de metade das mulheres com lesão medular não deseja engravidar apesar de se encontrar em idade fértil, sendo que a principal razão citada é a falta de apoio e a sensação de não poder cuidar de uma criança de forma apropriada. O facto de não serem economicamente independentes também contribui para não quererem engravidar.^[28,53,54]

Assim, compreende-se que mulheres mais independentes e com maior capacidade funcional tenham maiores taxas de gravidez. As mulheres que engravidam têm mais comumente capacidade para se vestirem, se alimentarem e fazerem a sua higiene pessoal, assim como para realizarem todas as transferências. As mulheres com continência fecal e urinária também têm taxas de gravidez mais elevadas. A maior independência parece promover o envolvimento da mulher em relações interpessoais, possibilitando assim o surgimento de um parceiro.^[52,55]

Ao contrário do que seria de esperar, o desejo de engravidar não depende do grau ou nível da lesão, de ter ou não filhos anteriores à lesão ou de ter ou não informação adequada. Um dos fatores condicionadores parece ser a idade da mulher na altura da lesão: mulheres mais novas têm maior probabilidade de quererem ser mães.^[52,53,54]

Apesar da pertinência do assunto, poucos são os estudos que incidem sobre o tema e muito há a saber sobre a gravidez numa mulher com lesão medular. Mesmo dados facilmente obtidos, como a taxa de gravidez neste grupo de doentes, são escassos. Apesar da falta de informação, a maioria das mulheres com lesão medular que engravida encara a gravidez e o nascimento de um novo filho como uma experiência muito positiva, não considerando que esta deva ser vedada às mulheres com lesão medular.^[4,51,52,54,56]

Para abordar este problema de forma adequada é importante encará-lo de forma holística, segundo o modelo biopsicossocial, uma vez que, como referido anteriormente, grande parte dos entraves colocados ultrapassam o foro físico.^[54]

O componente psicológico é muito importante na abordagem destas grávidas. Um dos principais aspetos a ter em conta é o controlo que a mulher sente ter sobre a situação, uma vez que estas doentes se sentem impotentes perante a sua falta de sensibilidade e mobilidade. Uma das formas de tornar a grávida mais segura é apoiar a partilha de experiências com outras mulheres com lesão medular que já tenham passado pela mesma situação. É também importante envolver as doentes nos processos de decisão e esclarecer todas as suas dúvidas já que quase todas as mulheres com lesão medular referem não ter recebido informação adequada sobre gravidez durante a sua reabilitação. Os profissionais de saúde devem explorar o assunto com mulheres em idade fértil e perceber se estas desejam ou não ser mães. É importante salientar que, na generalidade, é possível ter uma gestação e parto sem risco grave para a saúde da criança e da mãe. Após o parto, é pertinente discutir com a mulher o que correu melhor ou pior durante a gravidez para que esta possa encarar uma nova experiência no futuro.^[44,47,53,54,56]

Nas mulheres com lesão medular é particularmente importante existir um acompanhamento pré-concepcional numa consulta especificamente dedicada a estas doentes. Durante a gravidez, o médico assistente deve ter particular atenção a certos problemas e apostar na prevenção. Por exemplo, deve ser pedida uma ressonância magnética para pesquisar siringomielia em doentes com lesão medular traumática uma vez que esta contraindica a anestesia epidural. Para além disso, é preciso prevenir úlceras de pressão e evitar ganho ponderal excessivo. É também preciso ter em conta que mulheres com lesão medular têm maior risco de parto pré-termo. Este pode ser prevenido através do controlo das infeções urinárias, da vigilância mais apertada em ambulatório e do reconhecimento das contrações uterinas.^[44,57,58]

5.1 COMPLICAÇÕES

Apesar de as mulheres sem lesão medular também estarem sujeitas a complicações durante a gravidez, estas diferem substancialmente daquelas sofridas por mulheres com lesão medular. A gravidez pode levar à exacerbação ou descompensação de problemas neurológicos, músculo-esqueléticos e até psicológicos. No entanto, é preciso ter em conta que este grupo de doentes não é homogéneo. As implicações de uma

gravidez nas mulheres com lesão medular dependem do seu contexto e também do nível e tipo de lesão.^[47,51,52,54]

Algumas complicações que podem surgir são úlceras de pressão, trombose venosa profunda, edema dos membros inferiores, aumento de peso, disfunção gastrointestinal, agravamento da espasticidade, hipotensão ortostática, disreflexia autonómica e complicações urológicas. Estes problemas diminuem significativamente a capacidade funcional da grávida.^[47,51,53]

As complicações urológicas (dificuldades no esvaziamento vesical, infeções recorrentes e incontinência) são as mais comuns e principal causa de morbilidade nas grávidas com lesão medular.^[44,47,53]

A maioria dos anticolinérgicos está contraindicada na gravidez, pelo menos no primeiro trimestre, pelo risco de malformações fetais. A toxina onabotulínica não é comprovadamente segura, pelo que devem ser discutidos os prós e os contras da sua utilização. Com estas alterações de terapêutica pode ser difícil controlar a hiperatividade do detrusor e consequente incontinência que pode exigir algaliação. Sabe-se que tanto a interrupção da medicação como a algaliação contribuem para o aumento das infeções do trato urinário nestas gestantes.^[47]

De facto, metade das grávidas com lesão medular tem uma taxa de infeções superior à de mulheres sem lesão medular. Assim, nas gestantes com lesão medular deve-se investigar bacteriúria assintomática com maior frequência (a cada 2-4 semanas). Ainda que não exista um procedimento consensual perante a presença de bacteriúria e leucocitose assintomáticas, o tratamento é fortemente recomendado: a antibioterapia deve ser precedida por um antibiograma, uma vez que um terço das infeções urinárias nestas mulheres é polimicrobiana e existe uma alta taxa de infeções por patógenos multirresistentes.^[44,47,53,57,58]

Para além dos anticolinérgicos, a gestação implica a revisão e possível alteração de outro tipo de medicação, o que constitui uma complicação na medida em que afeta, muitas vezes, a capacidade funcional da mulher e o desempenho das suas atividades da vida diária. No que diz respeito ao uso de miorelaxantes para combater a espasticidade, o baclofeno possui estudos de farmacovigilância tranquilizadores sem relatos de teratogenicidade pelo que pode ser usado com segurança.^[44,51]

Mulheres grávidas com lesão medular também têm maior taxa de tromboembolismo uma vez que o risco inerente à gravidez é exacerbado pela paralisia. O uso de anticoagulação nestas doentes é ainda controverso (nomeadamente com HBPM):

aconselha-se a profilaxia do tromboembolismo com meias de contenção de grau 2 e fisioterapia, nomeadamente massagem de drenagem linfática e pressoterapia.^[44,52,53]

A paralisia confere também um risco de úlceras de pressão exacerbado durante a gravidez pelo aumento de peso e de pressão nos locais mais vulneráveis (regiões sagradas e isquiáticas). No entanto, as mulheres podem adotar estratégias para evitar este problema como monitorizar as áreas mais afetadas, mudar as almofadas onde se sentam de forma regular e executar manobras que aliviem a pressão (como mudar de posição ou elevar o corpo).^[51]

Outro dos problemas muitas vezes relatados é a dispneia, que pode, inclusive, exigir ventilação assistida. Dependendo do nível da lesão pode surgir disfunção pulmonar de diversos graus de gravidade, uma vez que o útero aumentado pressiona o diafragma e compromete a capacidade vital pulmonar. Uma oxigenação deficiente pode agravar a fadiga e prejudicar a mobilidade da mulher.^[52,53]

O útero aumentado pode complicar também as manobras de defecação úteis nestas doentes (como a aplicação de pressão externa), uma vez que um dos problemas das mulheres com lesão medular é a motilidade gastrointestinal (intestino neurogénico). Existem medidas que podem minimizar esta complicação como hidratação, dieta, fármacos, estimulação ou esvaziamento digital da ampola rectal e enemas mas, nas grávidas, este problema é exacerbado.^[51]

Com o desenrolar da gestação, muitas mulheres referem problemas na utilização da cadeira de rodas, uma vez que a propulsão manual e transferências tornam-se mais difíceis. Também tem sido relatado o aumento da espasticidade durante a gestação.^[44,51,53]

5.2 INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS

Uma das dificuldades impostas ao acompanhamento destas doentes reside nas infrastuturas das maternidades e unidades de obstetrícia pois muitas destas não estão minimamente adequadas para receber doentes com mobilidade reduzida. São necessárias balanças adaptadas para utilizadoras de cadeira de rodas, marquesas adequadas e corredores de largura suficiente para a fácil movimentação destas doentes. No caso de uma cesariana programada, a instituição deve munir o bloco operatório de colchões anti-escaras e preparar os profissionais para as transferências necessárias.^[44,47,58]

Para estas grávidas é muito importante ter o apoio de uma equipa médica com experiência em obstetrícia e em lesão medular o que contribui para um sentimento de segurança ao longo da gravidez. Idealmente, estas mulheres devem ser seguidas em

centros especializados onde as próprias infra-estruturas estão adaptadas a doentes com lesão medular o que facilita a acessibilidade. Por outro lado, nestes centros existe um maior conhecimento e familiaridade entre as doentes e os médicos se estes já as seguirem há bastante tempo, assim como recursos mais orientados para a patologia subjacente a estas grávidas com equipas que devem incluir diferentes profissionais de saúde especializados: fisiatras, obstetras, anestesistas, urologistas, fisioterapeutas, enfermeiros, entre outros. De facto, médicos que não têm experiência com lesão medular sentem-se menos aptos e seguros no tratamento destas doentes, uma vez que há certas particularidades da gravidez de mulheres com lesão medular que um obstetra sem experiência na área tem dificuldade em abordar.^[44,45,47,51,52,59,60]

5.3 PARTO

Apesar de existir uma alta taxa de cesarianas nas mulheres com lesão medular, deve ser sempre dada preferência ao parto por via vaginal. As cesarianas ocorrem sobretudo por in experiência dos obstetras em relação à abordagem do parto nestas gestantes, por situações de DA ou pela elevada taxa de induções nestas doentes. A taxa de partos instrumentalizados é também superior neste grupo de doentes, talvez pela paralisia dos músculos abdominais e pélvicos que compromete o esforço expulsivo.^[44,45,47,58]

A sensibilidade visceral pode estar preservada em doentes com lesão medular completa, pelo que estas mulheres podem sentir dores durante o parto. No entanto, a falta de sensibilidade pode ser benéfica: as doentes deixam que o processo fisiológico ocorra naturalmente, ao contrário das mulheres sem lesão medular que lutam contra a dor, prolongando o trabalho de parto.^[54]

Por outro lado, esta falta de sensibilidade pode impossibilitar as mulheres de sentirem as contrações o que faz com que recorram ao hospital numa fase já avançada do trabalho de parto, sobretudo em partos pré-termo, mais comuns nestas mulheres. Nestes casos não é aconselhada a utilização dos sinais e sintomas tradicionais de deteção do trabalho de parto e pode ser útil ensinar as doentes a realizar palpação uterina, fazer monitorização no domicílio e até recorrer a medições seriadas do comprimento do canal cervical por ultrassonografia.^[53]

A DA é uma complicação comum e grave do trabalho de parto. Apesar de poder ocorrer noutras situações – incluindo durante a relação sexual e durante toda a gravidez – o parto constitui um risco particular pelo estímulo nódico a ele associado. Para a

prevenir recomenda-se a realização precoce de anestesia epidural ou intratecal nas mulheres de risco (sobretudo se a lesão for superior a D10 e completa), embora esta não previna com toda a certeza uma DA. A episiotomia deve também ser particularmente evitada nestas mulheres por constituir mais um estímulo doloroso que pode despoletar DA. A algaliação durante o trabalho de parto é recomendada uma vez que a distensão vesical pode precipitar uma DA, devendo a sonda vesical ser retirada durante a fase expulsiva para evitar lesões da via urinária.^[44,45]

Nestas mulheres é particularmente importante distinguir DA de preeclâmpsia. A particularidade que permite distinguir estas entidades é o padrão da hipertensão arterial (na DA, a hipertensão associa-se às contrações) e o facto de não existirem sinais de disfunção vasorenal na DA.^[44]

Antes de instituir a terapêutica é importante detetar e diminuir (se possível) o estímulo responsável pela DA.^[43,45]

No que diz respeito à anestesiologia do parto nestas mulheres, a anestesia geral deve ser evitada uma vez que o uso de fortes agentes anestésicos pode expor a doente a hipotensão grave. No entanto, na anestesia loco-regional o nível do bloqueio pode ser difícil de identificar nestas mulheres pelo que deve ser dada relevância à perda dos reflexos tendinosos profundos para o estimar.^[44]

Após o parto, lesões perineais devem ser cuidadosamente pesquisadas pelo risco de maceração. A DA continua a ser possível pelo que mulheres de maior risco devem ser cuidadosamente monitorizadas, com monitorização arterial invasiva e anestesia loco-regional prolongada pelo menos 3 dias.^[44,45]

É igualmente importante acompanhar a puérpera depois da alta hospitalar uma vez que podem ser necessárias adaptações e existe um maior risco de depressão pós-parto nas mulheres com lesão medular.^[44,45,53]

Uma das situações que é preciso adaptar é a amamentação. O risco de DA constitui uma contra-indicação relativa para a amamentação e esta, a ser realizada, deve ser feita com precaução. Por outro lado, em mulheres com sensibilidade mamária ausente ou reduzida, o estímulo de sucção pode ser afetado e podem ser necessários mecanismos alternativos para desencadear a produção de leite, como por exemplo a administração de oxitocina por *spray* nasal.^[44,61]

6 CONCLUSÃO

As mulheres com lesão medular sexualmente ativas enfrentam desafios próprios na sua vida sexual e reprodutiva.

As principais dificuldades sentidas são não só físicas mas também psicológicas. As mais comuns são as que envolvem a autoestima, a capacidade orgásmica e os entraves colocados pelas comorbidades como a incontinência, a espasticidade ou as alterações sensitivas.

Existem formas de minimizar estes problemas de modo a estas mulheres sentirem satisfação sexual. O principal motivo para que isto não aconteça parece ser a falta de formação dos médicos nesse sentido e a falta de informação fornecida às doentes, daí a importância das unidades de lesões medulares.

Para além de ser pequeno o conhecimento dos profissionais de saúde sobre este assunto, existe algum constrangimento no que toca a abordar esta temática com as doentes. Por outro lado, há pouca investigação sobre estas questões, embora esteja a aumentar o número de estudos sobre sexualidade na mulher com lesão medular.

Os profissionais de saúde têm o dever de informar estas doentes e de as abordar de forma holística. As mulheres com lesão medular não são seres assexuados, mas antes pessoas que desejam e podem ter uma vida sexual satisfatória.

Da mesma forma, estas mulheres devem ser informadas que podem engravidar e quais as particularidades da gravidez e do parto, nestas circunstâncias.

7 REFERÊNCIAS

- [1] Lysberg K, Severinsson E (2003) Spinal Cord Injured Women's View of Sexuality: a norwegian survey. *Rehabilitation Nursing*, 23-26.
- [2] Reitz A, Knapp P, Schurch B (2004) Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International journal of impotence research*, 168-174.
- [3] Kreuter M, Taft C, Slosteen A, Biering-Sorensen F (2011) Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal cord*, 154-160.
- [4] Fritz H, Dillaway H, Lysack CL (2015) "Don't Think Paralysis Take Away You Womanhood": Sexual Intimacy After Spinal Cord Injury. *Am J Occup Ther*, 1-10.
- [5] World Health Organization (2015) Sexual health, human rights and the law. 4-6, 23.
- [6] Singh R, Sharma SC (2005) Sexuality and women with spinal cord injury. *Sexuality and disability*, 21-33.
- [7] Valtonen K, Karlsson A, Siosteen ALD, Viikari-Juntura E (2006) Satisfaction with sexual life among persons with traumatic spinal cord injury and meninomyelocle. *Disability and Rehabilitation*, 965-976.
- [8] Ribeiro A. Sim, eles — ditos deficientes — fodem. E querem falar sobre isso. *Público*. 2015 Fev 2.
- [9] Masters WH, Johnson V (1966). *Human sexual response*.
- [10] Kaplan H, Horwith M (1986) The evaluation of sexual disorders: psychological and medical aspects.
- [11] Basson R (2001) Female Sexual Response: The role of drugs in management of sexual dysfunction. *Obstetrics & Gynecology*, 350-353.
- [12] Purves D (2001) *Neuroscience* (3ª ed.) pp496-498.
- [13] Barros F, Figueiredo R (2014) *Manual de Medicina Sexual - Visão Multidisciplinar*, pp233-235.
- [14] Netter FH (2011) *Atlas of human anatomy* (5ª ed.) Saunders, pp392.
- [15] Exton NG, Truong TC, Exton MS, Wingenfeld SA, Leygraf N, Saller B et al. (2000) Neuroendocrine response to film-induced sexual arousal in men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 187-199.
- [16] Vachon P, Simmerman N, Zahran A, Carrier S (2000) Increases in clitoral and vaginal blood flow following clitoral and pelvic plexus nerve stimulations in the female rat. *International Journal of Impotence Research*, 53-570.
- [17] Komisaruk BR, Whipple B, Crawford A, Grimes S, Liu W, Kalnin A, Mosier K (2004) Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in

- women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Research*, 77-88.
- [18] Guyton A, Hall JE (2006) *Textbook of Medical Physiology*. Elsevier Saunders, pp1023-1025;1036-1038.
 - [19] Komisaruk BR, Sansone G (2003) Neural pathways mediating vaginal function: The vagus nerves and spinal cord oxytocin . *Scandinavian Journal of Psychology*, 241-250.
 - [20] Kim NN, Min K, Huang Y, Goldstein I, Traish AM (2002) Biochemical and functional characterization of alpha-adrenergic receptors in the rabbit vagina. *Life Sciences*, 2909–2920.
 - [21] Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR (2004) Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res*, 1173-257.
 - [22] King R, Belsky J, Mah K, Binik Y (2011) Are There Different Types of Female Orgasm? *Arch Sex Behav*, 865–875.
 - [23] Herbenick D, Fortenberry JD (2011) Exercise-induced orgasm and pleasure. *Sexual and Relationship Therapy*, 373–388.
 - [24] Milicevic S, Bukumiric Z, Nikolic AK, Babovic R, Jankovic S (2012) Demographic characteristics and functional outcomes in patients with traumatic and nontraumatic spinal cord injuries. *Vojnosanit Pregl*, 1061-1066.
 - [25] American Spinal Injury Association (2015) *International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury*.
 - [26] Anderson KD, Borisoff JF, Johnson RD, Stiens SA, Elliot, SL (2007) The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *Spinal cord*, 328-337.
 - [27] Ferreira-Velasco ME, Barca-Buyo A, Salvador de la Barrera S, Montoto-Marques A, Miguéns Vázquez X, Rodríguez-Sotillo A (2005) Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 51-55.
 - [28] Kennedy P, Sherlock O, McClelland M, Short D, Royle J, Wilson C (2010) A multi-centre study of the community needs of people with spinal cord injuries: the first 18 months. *Spinal Cord*, 15-20.
 - [29] Biering-Sorensen I, Hansen Bolling R, Biering-Sorensen F (2012) Sexual Function in a traumatic spinal cord injured population 10-45 years after injury. *J Rehabil Med*, 926-931.
 - [30] Sale P, Mazzarella F, Pagliacci MC, Agosti M, Felzani G, Franceschini M (2012) Predictors of Changes in Sentimental and Sexual Life After Traumatic Spinal Cord. *Arch Phys Med Rehabil* , 1944-1949.
 - [31] Sipski M (2002) Central nervous system based neurogenic female sexual dysfunction: current status and future trends. *Arch Sex Behav* , 421-424.

- [32] Sipski ML, Alexander CJ, Rosen R, Hamer RM (2000) Sildenafil effects on sexual and cardiovascular responses in women with spinal cord injury. *Urology*, 812-815.
- [33] Alexander MS, Rosen RC, Steinberg S, Symonds T, Haughie S, Hultling C (2011) Sildenafil in women with sexual arousal disorder following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 273-279.
- [34] Garret A, Martins F, Teixeira Z (2009) Da actividade sexual à sexualidade após uma lesão medular adquirida. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 152-161.
- [35] Consortium for Spinal Cord Medicine (2010) Sexuality and Reproductive Health in Adults with Spinal Cord Injury: A Clinical Practice Guideline for Health-Care Professionals. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 314-319.
- [36] Herbenick D, Reece M, Hensel D, Sanders S, Jozkowski K, Fortenberry D (2011) Association of Lubricant Use with Women's Sexual Pleasure, Sexual Satisfaction, and Genital Symptoms: A Prospective Daily Diary Study. *J Sex Med*, 202-212.
- [37] Huynh HK, Willemsen AT, Lovick TA, Holstege G (2013) Pontine Control of Ejaculation and Female Orgasm. *J Sex Med*, 3038-3048.
- [38] Sipski ML, Alexander CJ, Rosen R (2001) Sexual arousal and orgasm in women: effects of spinal cord injury. *Ann of Neurol* , 35-44.
- [39] Otero-Villaverde S, Ferreira-Velasco ME, Montoto-Marqués A, Salvador de la Barrera S, Arias-Pardo AI, Rodriguez-Sotillo A (2015) Sexual satisfaction in women with spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 1-4.
- [40] Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y (2010) Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *Int Urogynecol J*, 553-556.
- [41] Sacomori C, Cardoso FL (2015) Predictors of Improvement in Sexual Function of Women with Urinary Incontinence After Treatment with Pelvic Floor Exercises: A Secondary Analysis. *J Sex Med*, 746-755.
- [42] Julia PE, Othman AS (2011) Barriers to sexual activity: counselling spinal cord injured women in Malaysia. *Spinal Cord*, 1-4.
- [43] Andrade MJ, Rocha A, Cunha I, Roque V (2013) Disfunções Autonómicas após Lesão Medular. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 43-51.
- [44] Guerby P, Vidal F, Bayoumeu F, Parant O (2015) Paraplégie et grossesse: à propos d'une série rétrospective continue sur 11 années au CHU de Toulouse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1-8.
- [45] Sharpe EE, Arendt KW, Jacob AK, Pasternak JJ (2014) Anesthetic management of parturients with pre-existing paraplegia or tetraplegia: a case series. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 77-84.

- [46] Celik E, Akman Y, Kose P, Arioglu P, Karatas M, Erhan B (2014) Sexual problems of women with spinal cord injury in Turkey. *Spinal Cord*, 313-315.
- [47] Bertschy S, Bostan C, Meyer T, Pannek J (2015) Medical complications during pregnancy and childbirth in women with SCI in Switzerland. *Spinal Cord*, 1-5.
- [48] Garrett A, Teixeira Z (2006) A utilização do modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 237-244.
- [49] Hartshorn C, D’Castro E, Adams J (2013) ‘SI-SRH’ – a new model to manage sexual health following a spinal cord injury: our experience. *Journal of Clinical Nursing*, 3541–3548.
- [50] Fisher T, Laud PW, Byfield MG, Brown TT, Hayat MJ, Fiedler IG (2002) Sexual Health After Spinal Cord Injury: A Longitudinal Study. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 83, 1043-1051.
- [51] Iezzoni LI, Wint AJ, Smeltzer SC, Ecker JL (2015) Effects of disability on pregnancy experiences among women with impaired mobility. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 133-140.
- [52] Iezzoni LI, Chen Y, McLain A (2015) Current pregnancy among women with spinal cord injury: findings from the US national spinal cord injury database. *Spinal Cord*, 1-6.
- [53] Ghidini A, Healey H, Andreani M, Simonson MR (2008) Pregnancy and women with spinal cord injuries. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 1006-1010.
- [54] Tebbet M, Kennedy P (2012) The experience of childbirth for women with spinal cord injuries: an interpretative phenomenology analysis study. *Disability & Rehabilitation*, 762-769.
- [55] Sale P, Mazzarella F, Pagliacci MC, Agosti M, Felzani G, Franceschini M (2004). Sport, free time and hobbies in people with spinal cord. *Spinal Cord*, 452–456.
- [56] Pebdani R, Johnson K, Amtmann D (2014) Personal Experiences of Pregnancy and Fertility in Individuals with Spinal Cord Injury. *Sex Disabil*, 65-74.
- [57] Salomon J, Schnitzler A, Ville Y, Laffont I, Perronne C, Denys P, Bernard L (2009) Prevention of urinary tract infection in six spinal cord-injured pregnant women who gave birth to seven children under a weekly oral cyclic antibiotic program. *International Journal of Infectious Diseases*, 399-402.
- [58] Sterling L, Keunen J, Wigdor E, Sermer M, Maxwell C (2013) Pregnancy Outcomes in Women With Spinal Cord Lesions . *J Obstet Gynaecol Can*, 39-43.
- [59] Donnelly C, McColl MA, Charlifue S, Glass C, O’Brien P, Savic G, Smith K (2007) Utilization, access and satisfaction with primary care among people with spinal cord injuries: a comparison of three countries. *Spinal Cord*, 25-36.

- [60] McColl MA, Forster D, Shortt S, Hunter D, Dorland J, Godwin M, Rosser W (2008) Physician Experiences Providing Primary Care to People with Disabilities. *Healthcare Policy*, 129-147.
- [61] Cowley KC (2005) Psychogenic and pharmacologic induction of the let-down reflex can facilitate breastfeeding by tetraplegic women: a report of 3 cases. *Arch Phys Med Rehabil*, 1261-1264.